45e Année. — N° 46. Vendredi 18 Novembre 1898.

LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : (Hôpital de la Pitié). Quelques conseils pratiques pour l'administration du chloroforme, par M. le Professeur Berger, p. 721. — **Clinique médicale** : Des crampes des mollets dans la pneumonie, par le Dr Depasse, p. 728. — **Revue de la presse** : Les pestiférés, p. 729. — **Académie de médecine** : *Séance du 15 novembre 1898.* — Présidence de M. Jaccoud, p. 729. — Résection annulaire de l'estomac, p. 729. — Rapports, p. 730.— Appendicite, p. 730. — Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées de gélatine, p. 730. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 11 novembre 1898.* — Présidence de M. Sevestre. — Scorbut infantile, p. 730. — Angine pseudo-membraneuse à bacilles courts et à streptocoques, p. 731. — Granulie normale des reins, p. 731. — **Société de chirurgie** : *Séance du 16 novembre 1898.* — Présidence de M. Berger. — Traitement du goître exophtalmique, p. 731. — Procédé nouveau par l'extraction des corps étrangers des fosses nasales chez l'enfant, p. 731. — Emploi du sérum antitétanique par injections intra-cérébrales dans un cas de tétanos confirmé, p. 731. — Corps étrangers des voies aériennes, p. 732. — Un cas d'actinomycose, p. 732. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 22 novembre 1898.*— Présidence de M. Jullien. — Rapport sur la candidature de M. Paul Coudray, par M. E. Desnos, p. 733. — Traitement palliatif des cancers de l'utérus par le carbure de calcium, par le Dr Roulland (de Niort), p. 733. — **Nouvelles**, p. 736.

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOPITAL DE LA PITIÉ

Quelques conseils pratiques pour l'administration du chloroforme.

Par M. le Professeur BERGER.

Il n'est presque personne qui ne craigne le chloroforme et qui ne le regarde comme un agent extrêmement dangereux ; tout le monde, cependant, croit savoir le donner, et l'on considère en général les accidents qui résultent de son administration comme quelque chose de fortuit et de fatal, comme un malheur que rien ne pouvait faire prévoir, qu'aucune précaution n'eût pu éviter. Mon expérience sur ce point est en opposition complète avec cette manière de voir ; et tout en ne le disant qu'avec toute la réserve et toute la discrétion qu'on doit mettre à une affirmation de cette espèce, je pense que le chloroforme est souvent mal donné, que beaucoup de ceux qui l'emploient ignorent les règles de son administration ou pèchent à chaque instant contre elles, et que c'est de cette inobservation, de cet oubli ou de cette ignorance que résulte le véritable et le plus grand danger de l'anesthésie chloroformique.

Ce sont quelques-unes de ces règles que je veux essayer de mettre en lumière ; au moment même de le faire j'hésite encore et voici pourquoi :

Rien n'est plus dangereux qu'un guide infidèle ou incomplet dans la chloroformisation ; la considération trop exclusive, l'interprétation erronée d'un signe, même d'une grande valeur, peuvent conduire à des erreurs fatales. Ainsi, en 1881, j'étudiais et je décrivais un caractère qui permet de contrôler avec une grande sûreté à quel degré de l'anesthésie chloroformique se trouve à chaque instant le malade ; c'est l'observation du réflexe palpébral qui permet de s'assurer que le patient est arrivé à la période de tolérance anesthésique ou qu'il est sur le point d'en sortir. Or, je ne sais combien de fois j'ai vu des gens très habitués au chloroforme se tromper d'une manière qui pouvait entraîner des conséquences sérieuses, parce qu'ils ne considéraient que ce seul caractère et qu'ils lui attribuaient une valeur absolue qu'il n'a pas. Aussi, des propositions que je vais formuler, si les unes sont certaines et peuvent être acceptées sans réserve, d'autres sont moins solidement établies ; elles sont sujettes à varier suivant les cas particuliers et j'aurai soin de les marquer d'un point d'interrogation.

Dans l'acte d'administrer du chloroforme à un malade pour obtenir l'anesthésie, deux facteurs se présentent : le chloroforme et son mode d'administration.

A. **Le chloroforme.** — En présence des accidents qui peuvent résulter de l'action du chloroforme sur l'économie, il semblerait que la première de toutes les règles imposées par la prudence la plus élémentaire dût être de n'employer qu'un chloroforme absolument parfait. J'ai le regret de constater qu'on n'accorde pas à cette considération l'importance qu'elle mérite et c'est surtout dans les hôpitaux que, depuis de longues années, j'ai adressé à ce sujet des réclamations qui n'ont pas été assez écoutées.

Je ne parle pas ici des chloroformes impurs fournis par le commerce, mais de chloroformes rectifiés, préparés spécialement pour l'anesthésie et dont la pureté avait été vérifiée, avec un soin auquel je me plais à rendre hommage, par la Pharmacie centrale des hôpitaux, au moment où on les livrait aux hôpitaux pour

leur consommation; or, un même fait a frappé tous mes internes, comme il m'a frappé moi-même, plus évident, plus éclatant à de certaines époques; c'est la différence que nous observions entre les anesthésies pratiquées à l'hôpital avec le chloroforme des hôpitaux, et celles que nous obtenions en ville avec des chloroformes livrés par les pharmaciens qui en font une spécialité : autant celles-ci étaient presque toujours faciles à obtenir, sans grande agitation, sans défenses de la part du malade, sans troubles physiologiques menaçants, autant à l'hôpital, à de certaines périodes surtout, nos chloroformisations étaient mouvementées, difficiles, parfois inquiétantes. J'ai souvent réclamé; en 1881 déjà, à la Société de chirurgie, j'ai insisté sur les altérations du chloroforme, sur les dangers qui résultent de la manière défectueuse dont il était délivré et conservé dans les hôpitaux; toujours on m'a répondu que le chloroforme des hôpitaux était chimiquement pur et valait le meilleur chloroforme des pharmaciens de la ville. En 1897 encore, tout au commencement de l'année, justement alarmé par les perturbations qui accompagnaient presque toutes les anesthésies dans mon service, sachant qu'il y avait eu, dans d'autres hôpitaux, des accidents mortels en certain nombre produits par le chloroforme, j'envoyai un nouvel avis très pressant auquel il me fut textuellement répondu « que le chloroforme utilisé dans les hôpitaux ne le cédait en rien aux chloroformes spécialisés, généralement plus riches en alcool, fournis par différentes maisons et dont le prix était beaucoup plus élevé. Il est évident, ajoutait le rapport qui m'était communiqué, que si les accidents mentionnés par M. Berger tenaient à la mauvaise qualité du produit fourni par la pharmacie centrale, les plaintes auraient dû être multiples. » Ce que je redoutais arriva : deux mois après, deux morts, les seules que j'aie eu à déplorer depuis six ans, survenues presque coup sur coup, pendant l'anesthésie chloroformique, montrèrent combien mes craintes étaient fondées. Depuis lors, j'ai demandé à M. Moreau, l'interne en pharmacie de mon service, de vouloir bien se charger de rectifier à nouveau le chloroforme qui nous était livré par la pharmacie centrale : il l'a fait en procédant aux actes successifs suivants :

1° Lavage répété à l'eau distillée;

2° Action de l'acide sulfurique concentré jusqu'à cessation de coloration de ce dernier;

3° Traitement par une solution de soude caustique;

4° Distillation après agitation avec 5 0/0 d'huile d'œillette en ne recueillant que le produit passant exactement à 60°,8.

En opérant par ce moyen, M. Moreau nous a livré un chloroforme présentant une perte variant de 300 à 700 centimètres cubes sur la quantité de 3 litres soumises à chaque distillation; mais le résultat, clair comme celui d'une expérience physiologique, fut que presque toutes les difficultés et les commencements d'accidents, qui avaient signalé l'emploi du chloroforme les années précédentes, disparurent comme par enchantement, et que, dans tout le cours de l'année 1897-1898, l'anesthésie chloroformique fut obtenue d'une manière presque toujours régulière et sans jamais donner d'alarmes.

Est-ce à dire que le chloroforme que nous donnait la pharmacie centrale fût impur? En aucune façon; M. Moreau a constaté qu'il remplissait les conditions essentielles que doit présenter un chloroforme chimiquement pur; il ne rougissait pas le papier de tournesol, il ne précipitait pas les solutions de nitrate d'argent; il ne renfermait donc aucun de ces produits irritants, acide chlorhydrique ou chlore libre, oxychlorure de carbone ou éther-chloroxycarbonique qui rendent un chloroforme véritablement toxique; pour expliquer les inconvénients qui résultent de son emploi, je suis forcé de supposer que la petite proportion d'alcool dont on le mélange pour faciliter sa conservation est de l'alcool impur, mélangé d'alcools amylique ou autre, ou de quelques produits passant à peu près à la même température dans la distillation, produits dont la présence, même en quantité infinitésimale suffit pour exercer sur les voies aériennes une action irritante.

Je vous le dirai tout à l'heure, tout dans l'anesthésie chloroformique ou presque tout, dépend du début; une chloroformisation qui commence sans encombre a toutes les raisons d'être une chloroformisation régulière, traversant sans incident inquiétant toutes ses phases jusqu'au réveil. Au contraire le malade qui étouffe, qui asphyxie, qui tousse, qui a le pharynx encombré de mucosités et la bouche de salive, le malade qui se congestionne, qui se défend dès les premières inhalations, aura une anesthésie laborieuse, infidèle et souvent dangereuse. Or la tranquillité du début dans l'anesthésie dépend en grande partie de la qualité du chloroforme; de là vient que les chloroformes qui nous sont fournis par les officines particulières, que les chloroformes de Dumouthiers, de Leclerc, d'Yvon et Berlioz, de Gigon, que le chloroforme écossais de Duncan et Flockhart, dont je me sers souvent, nous donnent en ville une anesthésie facile, rapide et sans surprise; ils sont acceptés par les malades, car ils ne prennent pas à la gorge, ils n'irritent pas le larynx et la trachée, et le patient les respire sans répugnance et sans douleur.

Que votre chloroforme soit donc pur; les accidents du chloroforme tiennent pour une grande part à sa mauvaise qualité. Mais pour être bon il ne suffit pas que le chloroforme ait été bien préparé et rectifié avec soin; il doit être aussi bien conservé et pour cela il faut :

1° Qu'il soit mis à l'abri de la lumière, de la chaleur et de l'air, mais surtout de la lumière, et par conséquent

2° Qu'il soit placé dès sa rectification dans de petits flacons en verre teinté, assez petits pour qu'à chaque

opération le contenu du flacon soit employé en totalité et que celui-ci ne soit jamais en vidange.

Si vous êtes sûrs de votre chloroforme, vous aurez assuré à votre malade la première des garanties d'une bonne chloroformisation ; le reste dépend de vous et c'est ici qu'il faut étudier.

B. **Le mode d'administration du chloroforme.** — La chloroformisation est un acte chirurgical qui commence avant l'opération même à laquelle elle concourt et qui se continue parallèlement à elle jusqu'à son achèvement complet. Celui qui la pratique doit lui être entièrement, exclusivement consacré et il ne doit s'occuper de l'opération que pour savoir s'il faut pousser ou modérer, prolonger ou cesser l'administration du chloroforme.

Depuis l'instant où il prend la compresse à chloroforme jusqu'au moment où l'opéré est réveillé, le chloroformisateur doit être tout à la chloroformisation ; son attention doit être constamment fixée sur la manière dont son malade réagit sous le chloroforme ; il doit ne voir, n'entendre que ce qui s'y rapporte ; il doit savoir à chaque instant et pouvoir dire d'une manière précise où son malade en est de la chloroformisation.

Telle est la règle fondamentale de la chloroformisation et celle à laquelle on manque le plus souvent.

Soins préliminaires. — La chloroformisation doit se faire dans un local distinct de la salle d'opération, en tous cas hors de la vue des préparatifs de l'opération ; on n'y doit tolérer que l'assistance nécessaire ; *le silence et la tranquillité absolue sont de rigueur.*

Vous savez tous que le malade doit être à jeun, couché, que ses vêtements doivent être relâchés de manière à ne gêner en rien la circulation, le col de la chemise largement ouvert, qu'il faut se préoccuper de savoir si le patient porte un dentier ou une pièce qui pourrait se déplacer pendant l'anesthésie et peut-être même être avalée ; mais ce sur quoi on n'insiste pas assez, c'est sur le calme qui doit régner autour du malade, la nécessité d'éviter tout ce qui peut l'impressionner et troubler son moral. Aussi tous les soins de toilette, tous les nettoyages, les changements de costume doivent ou avoir été faits à l'avance, ou être laissés pour le moment où le malade aura perdu la notion de ce qui l'entoure.

Il faut que le malade soit placé commodément, tout en étant couché sur le dos. On recommande en général le décubitus horizontal avec un seul oreiller ; beaucoup de gens sont gênés pour respirer dans cette position ; il n'y a aucun inconvénient à leur laisser la tête un peu plus élevée en commençant ; quand ils sont endormis on retire les oreillers qui sont de trop.

Pour éviter que le contact du chloroforme ne détermine des brûlures superficielles de la face, on a l'habitude de barbouiller de vaseline les alentours des narines, les lèvres, le menton ; cette vaseline tache les doigts du chloroformisateur, la compresse sur laquelle on administre le chloroforme : c'est un inconvénient sérieux qui me fait rejeter l'emploi de ce moyen. Il est facile, avec un peu d'attention d'éviter le contact du chloroforme et de la peau, et je ne me souviens pas d'avoir vu se produire de ces brûlures quand je l'administrais moi-même.

Administration du chloroforme. — Le chloroformisateur doit être commodément installé ; avoir à sa portée des serviettes ou des compresses, quelques petites éponges fines ou des tampons montés sur des pinces, la pince à langue, le flacon à chloroforme. J'administre le chloroforme en le versant avec un compte-gouttes sur une compresse de toile ou sur un mouchoir de grandes dimensions et de tissu un peu fort. Cette compresse doit être pliée en six ou huit épaisseurs pour que l'anesthésie soit plus rapide : Je préfère la compresse aux masques et aux appareils divers proposés pour remplir le même but, car c'est l'objet le plus simple, le plus maniable, celui qui répugne le moins au malade, son emploi permet l'usage facile de la pince à langue et l'inspection continuelle de la totalité de la face.

On verse dix ou douze gouttes de chloroforme bien au centre de la compresse et on retourne celle-ci de manière que la tache soit située sur sa face inférieure : la main gauche fixe le bord supérieur de la compresse sur la racine du nez qu'on pince légèrement entre le pouce et le médius ; la main droite soutient le bord inférieur et tient la compresse légèrement pliée en long sur la ligne médiane de manière à lui donner la forme d'un toit. La main gauche est fixe, la droite est mobile et s'écarte plus ou moins du visage suivant qu'il faut en rapprocher plus ou moins, ou en écarter la compresse pour les besoins de l'anesthésie.

Précaution essentielle. — Au début de l'anesthésie, la compresse doit être tenue suspendue assez loin de l'orifice de la bouche et du nez pour éviter que le malade ne soit suffoqué par l'odeur du chloroforme ; on ne l'abaisse que très graduellement et très lentement, mais l'air doit toujours avoir accès librement sous son bord inférieur. Celui-ci ne doit jamais être appliqué contre le menton comme je vois le faire trop souvent.

La compresse étant placée de la sorte, et son bord inférieur d'abord maintenu relevé, on recommande au malade de respirer largement la bouche ouverte (1). La chloroformisation est commencée ; à partir de ce moment celui qui donne le chloroforme doit être tout à son affaire ; il doit écouter, regarder et sentir ; chacun des sens en question a son rôle à jouer dans la surveillance de l'anesthésie.

L'oreille écoute la respiration, surveille sa régularité, son rythme, son ampleur ; elle en constate mieux que la vue les interruptions ; elle reconnaît aussitôt l'encombrement du pharynx et des voies aériennes par les sécrétions, le ronflement stertoreux dû au relâchement complet des muscles de la langue et du palais. La

(1). Ceci est très important ; l'accès des vapeurs chloroformiques dans les fosses nasales donne lieu à une sensation des plus pénibles souvent suivie de réflexes d'arrêt et de défenses que l'on évite en faisant respirer par la bouche.

cadence régulière est le caractère essentiel d'une respiration normale et l'oreille est faite pour mesurer la cadence.

L'œil lui vient en aide en constatant l'ampliation de la cage thoracique à chaque inspiration : quand celle-ci manque il cherche les mouvements respiratoires qui ne peuvent se percevoir qu'au creux épigastrique et à l'abdomen; mauvais signe : mais il a bien autre chose à faire ; il *observe* la coloration générale du visage et celle des lèvres en particulier, la turgescence des veines du cou, l'état des globes oculaires et des pupilles, celui des paupières; je reviendrai sur chacun de ces points.

Le *doigt* ne reste pas inactif ; il a la surveillance du pouls, il sollicite par intervalles le réflexe palpébral: il interroge par le pincement ou la pression les réflexes vasculaires à la face et particulièrement aux lèvres; la pression du petit doigt de la main droite fait de temps en temps reconnaître quel est l'état de contracture ou de relâchement des mâchoires. Le petit doigt est admirablement placé du reste pour soutenir l'anneau de la pince à langue et exercer sur lui une traction légère.

Enfin le *nez* rapproché de la compresse vous renseigne mieux que la vue sur le moment où il faut verser sur celle-ci une nouvelle provision de chloroforme.

D'autres opérateurs ont peut-être une autre manière d'observer et de suivre les phénomènes de l'anesthésie, comme ils ont une autre manière d'administrer le chloroforme ; je ne la discute pas, j'expose, je dis, avec des détails qui peuvent sembler puérils mais qui sont nécessaires, ce qui m'a toujours réussi et comment je répartis mon observation pendant la chloroformisation.

Sitôt que la tache de chloroforme commence à sécher et que l'odeur de chloroforme s'atténue, j'en verse une nouvelle quantité sur la face supérieure de la compresse que je retourne aussitôt. *Règle absolue : Le chloroforme doit être administré d'une manière continue pendant les premières périodes de la chloroformisation; il doit être administré avec intermittences régulières et réglées à partir du moment où on est arrivé à la période de tolérance anesthésique et où le malade est dans l'anesthésie et la résolution.*

Suivons donc l'observation des phénomènes déterminés par l'administration du chloroforme et cette administration elle-même pendant les diverses périodes de chloroformisation.

L'administration du chloroforme passe par trois périodes succcessives qui sont : la période du début, la période d'excitation, la période de résolution ou de tolérance.

Période du début. — Pour qu'une chloroformisation soit régulière et vraiment bonne, cette période ne doit être marquée par aucun phénomène appréciable, par aucune modification de l'état physiologique ; c'est ce qui arrive quand on se sert de bon chloroforme et qu'on l'administre bien. A mesure qu'on rapproche la compresse de la bouche et qu'on resserre la chloroformisation, le malade se plaint néanmoins un peu de l'odeur : « Que c'est mauvais ce que que vous me donnez là »... il cherche à détourner la tête; s'arrête parfois de respirer pour faire des inspirations précipitées comme s'il voulait hâter l'action de l'anesthésique; il s'étonne, s'inquiète de ne pas dormir encore. Il faut le calmer par quelques paroles, l'assurer qu'il va être endormi sans qu'il s'en aperçoive ; on l'interroge de temps en temps : « entendez-vous du bruit »?... « J'entends des cloches, j'entends le bruit des voitures, oh! quel sifflement... » Le malade va passer à la période d'excitation : les hallucinations ou plutôt les sensations subjectives de l'ouïe, si variables mais presque constantes, en sont le signe certain. Jusque là, le pouls a été émotionnel, fréquent le plus souvent, le visage nullement modifié, les yeux fermés volontairement et s'ouvrant par intervalles ; mais la scène est parfois bien différente.

La période du début, dont la durée est d'ailleurs des plus variables, qui, par exemple, est toujours plus longue chez les personnes nerveuses, peut présenter des difficultés qu'on a parfois jugées insurmontables, qui peuvent être le présage des accidents les plus graves et qui, toujours ou presque toujours, tiennent à ce qu'on emploie de mauvais chloroforme ou à la mauvaise manière dont on administre l'anesthésique.

Ce sont d'abord des défenses : le malade se refuse à respirer, retient son souffle, puis, n'en pouvant plus, il cherche à détourner la tête; on la maintient, il essaye de se dégager en donnant de violentes secousses de droite et de gauche, en se soulevant, en se débattant ; il est pourpre, les veines du cou se gonflent, il asphyxie pendant que des aides l'immobilisent et qu'on lui maintient de force la compresse de chloroforme sur le nez ; on croit qu'il est à la période d'excitation ; il n'en est rien, il n'est qu'au début, mais trop brusquement saisi par le chloroforme, se refusant à le respirer et ne pouvant respirer autre chose, il se défend et il asphyxie.

Avec ou sans ces phénomènes tumultueux, on voit des sujets qui, dès les premières inspirations, se mettent à tousser; cette *toux* qui s'accompagne de congestion de la face, puis de gonflement des jugulaires, parfois de cyanose, est produite le plus souvent par une accumulation de liquide qui encombre le pharynx et probablement l'entrée des conduits aériens eux-mêmes. Il y a de la salivation et en même temps de l'hypersécrétion bronchique.

J'ai vu celle-ci prendre des proportions redoutables chez des malades atteints d'une affection aiguë des voies respiratoires et qu'il fallait endormir pour une opération. Cette hypersécrétion, qui est le résultat de l'action irritante du chloroforme et surtout des mauvais chloroformes, peut se produire sans toux, sans défense apparente ; elle se continue alors pendant une bonne partie ou même toute la durée de la chloroformisation.

Les difficultés de cet ordre, la gêne de la respiration, la surcharge veineuse qui en est la conséquence, le surcroît de tâche imposée au cœur, sont les conditions

les plus propres à produire des accidents immédiats ou éclatant plus tard seulement, la syncope cardiaque ou respiratoire. Aussi ne puis-je trop insister sur la nécessité de les éviter à tout prix.

Un autre incident qui retarde les débuts de la chloroformisation, mais qui n'a pas la même importance, ce sont les *vomissements* qui surviennent si fréquemment chez les personnes nerveuses et chez les enfants; il faut interrompre l'administration du chloroforme quand ils se produisent, dégager, avec une éponge montée, le pharynx et la bouche des matières qui s'y sont accumulées et reprendre la chloroformisation aussitôt que possible.

J'ai dit que presque toujours les difficultés du début tiennent à ce qu'on emploie de mauvais chloroforme ou qu'on l'administre mal; je n'en finirais pas si je voulais en donner des exemples : j'ai vu un enfant, fils d'un de mes collègues, à l'opération duquel j'assistais comme ami, rester trois quarts d'heure à asphyxier et à se défendre sans absorber même de chloroforme; je pris le flacon; il exhalait une odeur d'éther chloroxycarbonique qui vous saisissait à la gorge; je ne fis qu'un saut chez le pharmacien le plus voisin où je pris du chloroforme très ordinaire; dix minutes après, l'enfant dormait tranquillement. Ce sont ces accidents qui ont fait naître la légende des malades qui ne peuvent être endormis. Il y a une douzaine d'années, un de mes collègues et meilleurs amis me suppliait de venir lui prêter mon concours à Cannes pour une dame sur laquelle il devait pratiquer le matin même une ovariotomie et qu'il avait dû renoncer à endormir après une heure et demie de luttes et d'accidents les plus inquiétants. Je me rendis à son appel; arrivé dans l'après-midi du lendemain, je voyais la malade toute rassurée déjà par la compétence spéciale qu'elle me supposait en la matière, plus rassurée encore quand je lui présentai mon chloroforme comme le meilleur chloroforme du monde. Le lendemain je l'endormis sans aucune difficulté, mon collègue l'opéra, elle vit encore aujourd'hui. N'employez que d'excellent chloroforme, présentez-le au malade avec ménagement, sans brusquerie et sans surprise et vous serez étonnés de la facilité avec laquelle vous verrez celui-ci l'accepter.

La période d'excitation est, comme je viens de le dire, presque toujours annoncée par des sensations subjectives de bourdonnements, de sifflements, de son de cloches; elle se subdivise en deux temps qu'il importe de distinguer avec soin : le premier, celui de l'*excitation loquace* que j'appelle aussi *excitation consciente*, manque souvent; il est caractérisé par un besoin de parler, qui dégénère parfois en un délire loquace où les émotions tristes, tendres, religieuses ou violentes prédominent suivant la nature du sujet; c'est ce moment que redoutent certains malades qui savent que *l'on cause* sous l'influence du chloroforme; les nerveux surtout, et par conséquent les femmes, y sont plus disposés que les autres; mais il appartient au chloroformisateur d'en abréger la durée ou même de supprimer entièrement cette phase en hâtant un peu l'administration de l'anesthésique. Pendant cette agitation, la face est animée, l'œil brillant, le pouls rapide; le malade entend encore parfaitement ce qu'on lui dit, il répond, il n'est pas anesthésié, il possède tous ses réflexes; peu à peu l'agitation loquace se perd dans un parlottement, dans un bredouillement confus; puis elle cesse; le sujet ne semble plus réagir sous les excitations, il paraît endormi; il n'est que dans l'assoupissement chloroformique, la véritable excitation ne s'est pas encore produite.

Celle-ci est l'*excitation inconsciente qui ne manque jamais*, mais qui est parfois si fugace qu'elle peut passer inaperçue; on voit tout à coup le malade soulever la tête, faire comme un effort pour se relever; à ce moment, d'ordinaire, la face est congestionnée, l'œil fixe, la respiration s'arrête ou est laborieuse; il y a comme une contraction généralisée qui porte le corps dans la flexion en avant; les membres aussi sont roides; puis après quelques secondes, quelques minutes de cette sorte de tétanisation, le malade retombe doucement en arrière, la face pâlit, la respiration régulière se rétablit par quelques inspirations profondes, les membres, tous les muscles se relâchent, le malade est dans la résolution, il est endormi.

La constatation de cette période d'excitation inconsciente, *caractérisée par le soulèvement de la tête*, est peut-être celle qui a le plus d'importance dans toute la durée de la chloroformisation; elle est un point de repère précis qui permet d'annoncer que la résolution chloroformique n'est pas encore obtenue ou qu'elle va se produire. Elle se confond parfois avec la période d'excitation loquace ou du moins elle lui succède immédiatement; le soulèvement de la tête et du tronc se produisent, tandis que le malade se livre à une agitation désordonnée et tumultueuse; il importe d'attendre ce moment et de le surprendre au passage; tant qu'on n'a pas vu cette contraction se produire, le malade peut être insensible, assoupi; on ne peut être sûr qu'il est véritablement endormi,

C'est cette période d'excitation, surtout celle d'excitation inconsciente qui est le moment vraiment critique pour les alcooliques; chez eux, elle acquiert une durée et une intensité souvent incroyables; elle dégénère parfois en un véritable accès d'alcoolisme aigu. Elle présente dans ces conditions des dangers réels à cause de l'irrégularité, des arrêts de la respiration, de la fatigue du cœur, de l'atteinte des centres nerveux qui l'accompagnent; pour l'abréger, pour en éviter les dangers il faut forcer les doses de chloroforme, ce qui n'est pas sans grands inconvénients, car plus l'excitation est longue et violente, plus les limites de la période de tolérance seront resserrées et on peut craindre de les dépasser et d'arriver aux phénomènes d'intoxication et de surcharge chloroformique, sans que le malade ait

passé, en apparence du moins, par la période de la résolution.

Surveillez donc la roideur musculaire, surveillez ce soulèvement caractéristique de la tête qui vous annoncera que la résolution et l'anesthésie sont prochaines, qui vous avertissent aussi que l'instant le plus difficile et parfois vraiment périlleux de la chloroformisation est arrivé.

Nous voici à la **période de résolution ou de tolérance** : c'est dans ces limites qu'il va falloir maintenir le sujet pendant toute la durée de l'opération qui peut désormais commencer. Vous avez tous présent devant les yeux l'aspect du malade endormi, les membres relâchés, la tête tombante, la face pâle, la bouche entr'ouverte, les yeux clos d'abord, puis ouverts ensuite et laissant voir les globes oculaires fixes ou animés de mouvements lents d'oscillation, les pupilles contractées, la convergence des axes optiques abolie. La respiration est large et calme, le pouls lent et bien frappé. On soulève les membres, ils retombent lourdement; les excitations cutanées, le pincement, la piqûre ne déterminent plus ni douleurs ni mouvements.

Le malade est endormi, il ne s'agit plus que de le maintenir dans cet état d'anesthésie et de résolution musculaire pendant toute la durée de l'opération, *d'entretenir la chloroformisation* en évitant, d'une part, la *surcharge chloroformique* et les accidents qui en dépendent, de l'autre, le *réveil*, limites entre lesquelles doit osciller désormais la chloroformisation en se tenant toujours plus rapprochée de la seconde que de la première.

Pour cela, l'on modifie complètement le mode d'administration du chloroforme et l'on *procède par intermittences*, supprimant la compresse chargée de chloroforme pendant un nombre d'inspirations dont la proportion est augmentée ou diminuée suivant que la constatation rigoureuse des phénomènes que présente le malade vous apprend qu'il se rapproche davantage de la limite des accidents ou qu'il tend à se réveiller. Je donne le conseil de commencer par supprimer le chloroforme régulièrement pendant deux ou trois inspirations sur sept, en interrogeant avec soin tous les caractères qui doivent renseigner sur la marche de l'anesthésie, et d'augmenter progressivement la proportion des inspirations sans chloroforme jusqu'à ce que les premiers signes du réveil se manifestent; on diminue alors les intermittences et par tâtonnements, en quelque sorte, on arrive à reconnaître ainsi la dose de chloroforme à laquelle il faut maintenir le malade.

Il faut donc avoir l'attention constamment fixée sur les phénomènes qui annoncent, soit le commencement de la surcharge chloroformique et les abords de la zone dangereuse, soit l'imminence du réveil.

Les caractères qui indiquent la *surcharge chloroformique commençante* sont la pâleur qui devient livide, qui gagne les muqueuses, qui s'accompagne parfois d'une teinte grisâtre, signe du début de l'asphyxie. La coloration du visage doit, à chaque instant, préoccuper le chloroformisateur; quand la pâleur gagne les muqueuses et s'accompagne de cette teinte grisâtre, il faut suspendre absolument et tout de suite le chloroforme

La respiration dans la chloroformisation poussée trop loin devient d'abord stertoreuse; elle est gênée par l'accumulation de la salive et des mucosités dans le pharynx, ainsi que par le refoulement passif de la langue; l'usage de la pince à langue qui doit être appliquée dès que ce phénomène se manifeste, l'abstersion du pharynx qu'on débarrasse du liquide qui l'encombre avec une éponge montée, suffisent à faire disparaître cette double cause de gêne respiratoire sans qu'il soit nécessaire pour cela de suspendre la chloroformisation ou d'augmenter le nombre des intermittences. Il en est autrement quand la respiration devient superficielle, quand elle cesse d'être thoracique pour être uniquement abdominale, quand l'inspection seule de l'épigastre permet d'en reconnaître le mouvement rythmique. Il faut également tenir grand compte du relâchement complet des muscles des joues et des lèvres qui fait que le malade *fume la pipe* en respirant; ce signe indique que la résolution est arrivée à ses dernières limites.

L'examen des réflexes mérite toute notre attention; le réflexe palpébral sur lequel je vais revenir tout à l'heure est complètement aboli; il en est de même du réflexe maxillaire; les réflexes vasculaires tendent à diminuer; je ne saurais trop insister sur la constatation de ce caractère qui doit être recherché à chaque instant. En pinçant modérément la lèvre ou la joue, on doit voir une coloration vermeille succéder aussitôt à la pâleur momentanée causée par la pression des doigts; si cette réaction est peu marquée ou incertaine, que l'on se méfie : il y a une atteinte bulbaire imminente; il faut suspendre les inhalations : à plus forte raison, quand se manifeste la perte de tonicité du sphincter anal, dont on est averti par l'émission de gaz ou par l'évacuation de matières liquides par l'anus; cette paralysie des sphincters indique que l'action du chloroforme a été poussée au delà des limites où elle doit se maintenir. Je ne parle pas de la faiblesse, de la mollesse et des irrégularités du pouls, de la dilatation de la pupille qui s'installe graduellement, de l'altération grave du rythme respiratoire caractérisée par des périodes d'apné auxquelles succèdent des inspirations saccadées rappelant le type de Cheyne-Stokes : il s'agit là, non plus des caractères physiologiques d'une anesthésie un peu trop profonde, mais des symptômes d'un empoisonnement commençant qu'on ne devrait jamais laisser se produire et qui commandent impérieusement la suppression momentanée mais totale de l'anesthésique quand ils se montrent.

Les signes qui annoncent *le réveil* se tirent de l'examen de la sensibilité, de la contraction musculaire, des réflexes et principalement du réflexe palpébral, des vomissements et de l'état de la pupille.

Une *dilatation pupillaire* brusque est presque toujours le signe d'un réveil imminent ; très souvent, elle s'accompagne ou est suivie presque immédiatement de vomissements.

Comme la dilatation pupillaire est un signe important, qui pourrait révéler l'imminence d'une syncope, il y a lieu d'observer avec soin tous les autres caractères quand on la voit se produire ; presque toujours, on peut alors constater que les réflexes oculaires, qui étaient abolis, sont de nouveau perceptibles, que les mâchoires sont serrées, la face plutôt colorée, le pouls rapide ; les efforts de vomissements qui viennent s'ajouter à cet ensemble ne peuvent laisser aucun doute sur l'imminence du réveil.

Le véritable guide dans la période de résolution est la constatation des réflexes et surtout du *réflexe palpébral*. Dans l'anesthésie profonde, en touchant légèrement la cornée ou même la sclérotique du doigt, on ne voit plus se produire cette contraction de l'orbiculaire, ce clignement réflexe que ce contact provoque normalement ; dès que le sujet tend à sortir de la période d'anesthésie et qu'il marche vers le réveil, le réflexe palpébral réapparaît ; mais il ne faudrait pas donner à ce signe une valeur absolue ; il comporte des causes d'erreur : tout d'abord, il est des personnes chez lesquelles le réflexe palpébral est peu marqué, même à l'état normal ; les hystériques présentent souvent cette particularité à laquelle il faut toujours songer quand on endort les femmes ; puis, à force de rechercher le réflexe, on finit par fatiguer la sensibilité cornéenne en quelque sorte ; la contraction palpébrale cesse de se produire par le contact d'une des cornées tandis qu'on la voit se manifester si l'on touche l'autre globe oculaire dont l'excitabilité réflexe a été plus ménagée. Enfin, j'ai vu des sujets en petit nombre qui, quoique profondément endormis, conservaient encore leur réflexe cornéen. Il en est de ce signe comme de tous les autres, en matière de chloroformisation ; ce n'est pas sur un caractère qu'il faut se régler mais sur un ensemble ; ce n'est pas un phénomène, ce sont tous les actes physiologiques intéressés par l'agent anesthésique, qu'il faut interroger avec le plus grand soin et c'est pour cela que le chloroformisateur n'a pas trop de tous ses sens et de toute son attention.

Le réveil de la contraction musculaire et surtout de la contracture des mâchoires, la réapparition de la sensibilité ne laisseront aucun doute sur la proximité du réveil ; quelques mots encore sur ce sujet.

Le réveil, le retour de la sensibibilité et même de la connaissance peuvent être lents et graduels ; ils sont quelquefois subits ; tel malade, que l'on croyait profondément endormi, commence tout à coup à se plaindre, à parler, il reconnaît les gens qui l'entourent. Cela a lieu le plus souvent quand d'un temps de l'opération le chirurgien passe à un autre sans que l'anesthésie ait été suffisamment entretenue ; quand, par exemple, des parties profondes, essentielles de l'opération on passe aux sutures. La sensibilité des parties s'était peu à peu émoussée et l'anesthésie pouvait se maintenir avec une dose insignifiante de chloroforme ; tout à coup une excitation douloureuse d'un genre tout différent porte sur une zone nerveuse qui jusqu'alors était en repos ; elle suffit pour arriver aux centres nerveux et y réveiller la conscience qui n'était plus suffisamment abolie. Il en est de même quand, dans les opérations abdominales par exemple, les excitations passent du domaine des nerfs rachidiens à celui du grand sympathique et réciproquement. Les réflexes abolis, la sensibilité même peuvent se réveiller brusquement : au moment où le chirurgien introduit la main dans le ventre on voit la pupille se dilater et les vomissements se produire ; inversement, à la fin d'une laparotomie où elle semblait profondément endormie, la malade se réveillera et manifestera de la sensibilité quand on en viendra à la suture de la peau. Il importe de tenir grand compte de cette considération dans la recherche et dans l'interprétation des données que fournissent à notre appréciation les phénomènes réflexes et l'abolition de la sensibilité pendant la chloroformisation.

C'est en se guidant sur l'observation continuelle, minutieuse et complète de ces phénomènes que le chloroformisateur pourra maintenir le malade dans les limites de la période de tolérance sans le laisser se réveiller et sans lui permettre d'atteindre la limite où se montrent les signes précurseurs des accidents. C'est par tâtonnements, en augmentant ou en diminuant les doses, en rendant plus fréquentes ou plus rares les intermittences qu'il y parviendra.

Il faut, dans la période de résolution, se rappeler que les doses de chloroforme s'accumulent dans une certaine mesure : aussi, lorsque la chloroformisation se prolonge, on obtient des effets plus considérables avec des doses relativement faibles. Les limites de la période de tolérance entre lesquelles doit se mouvoir l'administration du chloroforme se resserrent, et l'on arrive plus facilement à la surcharge chloroformique et aux accidents. Il est juste d'ajouter qu'avec quelques gouttes, versées de temps en temps sur la compresse, on peut entretenir pendant un temps fort long une anesthésie complète. Il n'en est pas moins vrai que quand une chloroformisation dure très longtemps la distance qui sépare le réveil de la limite des accidents paraît devenir moins étendue : l'administration du chloroforme demande donc une attention et un soin d'autant plus grands que la durée de l'anesthésie est plus considérable.

Je n'ai voulu, dans ces considérations, envisager que les cas ordinaires ; il est bien des circonstances particulières qui doivent faire modifier les règles que je vous donne : tel est le cas des opérations qui se pratiquent sur la face ou dans les régions voisines. Je ne puis non plus aborder dans ces courts développements l'étude des accidents du chloroforme et des moyens qu'il faut leur opposer. Mon but a été de vous rappeler que

l'administration du chloroforme est un acte chirurgical qui doit se conformer à des règles précises et à des principes dont je veux en terminant résumer les principaux :

1° La sécurité de l'anesthésie dépend exclusivement de l'observation continue et rigoureuse de tous les caractères physiologiques qui résultent de l'action du chloroforme sur l'économie.

2° S'il en est un dont l'observation doive primer tous les autres ce sont les phénomènes que l'on observe du côté de la respiration, dont les perturbations annoncent presque toujours la proximité des accidents ; *cette surveillance de la respiration se fait avec l'oreille.*

3° L'examen de la coloration de la face et la recherche des réflexes vasculaires ont une importance presque égale; jamais dans une chloroformisation régulière le sujet ne doit être cyanosé ou présenter la coloration grisâtre de la face et des muqueuses qui indique un trouble certain de la circulation.

3° La recherche du réflexe palpébral est un guide très sûr, mais dont les indications n'ont cependant pas une valeur absolue.

4° Le début de la chloroformisation a une influence déterminante sur toute la durée de cet acte chirurgical. Une chloroformisation troublée dès le début sera toujours une chloroformisation difficile et parfois même dangereuse.

5° Le chloroforme doit être administré d'une manière continue au début et pendant la période d'excitation; il doit être donné avec des intermittences réglées dans la période de tolérance.

6° Ce n'est que par un système d'oscillations que l'on parvient à déterminer les véritables limites entre lesquelles on peut maintenir le sujet dans la résolution chloroformique, en évitant le réveil et les accidents, mais en se tenant surtout à distance de ces derniers.

7° A mesure que la chloroformisation se prolonge, les limites de la période de tolérance se resserrent et l'on peut, avec de moindres doses, voir se produire des accidents de surcharge chloroformique.

8° Quand il y a le moindre doute sur l'interprétation des phénomènes que présente le sujet soumis au chloroforme, il faut immédiatement supprimer celui-ci jusqu'à ce que l'on soit parfaitement au fait de la situation du malade.

9° Avant toutes choses enfin, le chirurgien doit être parfaitement sûr de la bonne qualité du chloroforme qu'il emploie.

En se conduisant d'après ces principes, je n'affirme pas qu'on n'observera jamais d'accidents, mais je crois que ceux-ci pourront presque toujours être surpris dès leur apparition et arrêtés à temps. Il faut savoir se servir du chloroforme sans crainte, comme le chirurgien se sert d'un couteau qui est un instrument très dangereux, mais qui est très sûr entre les mains de celui qui sait s'en servir.

CLINIQUE MÉDICALE

Des crampes des mollets dans la pneumonie (1).

par le Dr DEPASSE.

Je soigne en ce moment une vieille dame de 75 ans, atteinte de pneumonie double. Dans la nuit du 20 au 21 juillet, elle est prise de malaise, d'oppression, de fièvre, d'insomnie, et je la vois le 21 au matin. A mon arrivée, elle me dit elle-même : « Docteur, je suis prise d'une pneumonie à droite, mes crampes me le disent. » J'ai déjà, en effet, trois fois en dix ans, soigné cette dame pour une pneumonie droite et chaque fois la maladie a débuté par les symptômes classiques accompagnés de crampes dans les mollets. C'est donc la quatrième fois aujourd'hui ; ces crampes sont atrocement douloureuses ; les mollets sont durs, contractés, et les frictions les soulagent momentanément; des crampes existent des deux côtés; or les trois autres fois la jambe droite seulement était douloureuse. Cette observation m'en a rappelé une autre où, aussi chez une femme âgée, j'avais observé des crampes dans la pneumonie. Il y a de cela une quinzaine d'années et je n'avais pas attaché d'importance à la chose, bien que je l'aie consignée dans mon observation à cette époque.

Or, chose bizarre, la vieille dame que je soigne en ce moment, et qui est au 5e jour de sa maladie, a ce matin du souffle à gauche, avec matité et il est évident qu'elle commence une pneumonie gauche ; je rappelle qu'au début elle eu des crampes dans les deux jambes.

Y a-t-il une relation entre la pneumonie et ces crampes ? J'ai d'abord cherché si, dans les auteurs, on avait signalé ce symptôme ; je ne l'ai trouvé nulle part, ni dans Grisolle, ni dans les dictionnaires de Dechambre ou de Jaccoud on n'en parle. A l'article crampes de Zuber (dictionnaire encyclopédique) il n'y est pas fait allusion.

Est-ce une affaire nerveuse par réflexe, et la moelle épinière joue-t-elle un rôle ? Je serais tenté de le croire, car ce n'est pas une affaire cérébrale. Les deux malades auxquelles j'ai fait allusion ne présentaient aucun phénomène cérébral, l'intelligence était complète, les idées calmes, pas d'agitation, pas d'alcoolisme; si c'est une affaire médullaire, faut-il en accuser les toxines du pneumocoque ? et alors ranger ces crampes parmi des névralgies toxiques, comme par exemple celles des saturnins ou autres ?

Ou bien ces crampes n'apparaissent-elles qu'au même titre (réflexe tendineux) dans les coliques hépatiques, néphrétiques intestinales, gastriques, diphtériques, cholériques ?... Il me semble qu'on peut sans invraisemblance supposer une intoxication par les toxines du pneumocoque, intoxication qui serait facilitée par un retard dans le fonctionnement des reins. Mes deux malades étaient en effet de vieilles femmes ; il est vrai qu'il n'y avait pas d'albuminurie on pourrait alors faire rentrer

(1) Communication à la Société médicale du VIe arrondissement.

ces crampes dans la catégorie des symptômes précoces de la maladie de Bright qui ont étudiés par le Dr Dieulafoy.

REVUE DE LA PRESSE

Les pestiférés, par A. M. Lewin (*Deutsch med. Zeit.* (nº 89, 1898). — Bien que la reviviscence de la peste dans l'Europe occidentale soit un fait bien improbable, il nous a paru intéressant de donner, d'après M. Lewin qui fit partie de la mission scientifique russe à Bombay, des observations contemporaines sur cette maladie. Cet auteur a surtout étudié la marche clinique de la maladie, et surtout les phénomènes auxquels on attribue une certaine valeur diagnostique. Parmi ces phénomènes, Lewin signale le faciès spécial du pestiféré.

On sait que l'attaque de peste se manifeste très brusquement, presque sans prodromes et se traduit dans les premières heures par la sensation d'une extrême faiblesse. Les symptômes subjectifs de cette période sont peu connus, car les malades sont alors très taciturnes. L'attitude et l'expression du visage du malade reflète en quelque sorte ses sensations. Son faciès est assez caractéristique, on y lit une apathie profonde et une indifférence complète pour ce qui l'entoure. Les paupières tombent, le tonus des muscles de la face est diminué; le malade se trouve en quelque sorte dans un demi-sommeil et reste immobile pendant des heures sans proférer une parole. Cet état offre une certaine valeur diagnostique, car aucune affection fébrile ne donne un pareil tableau pendant les premiers jours de la maladie.

Un autre phénomène clinique très précoce et important est fourni par la langue sur les bords de laquelle on voit des impressions faites par les dents. La langue du pestiféré est habituellement humide et ne tremble pas, mais ce qui donne à cet organe un aspect caractéristique, c'est un enduit particulier, humide, épais, blanchâtre recouvrant toute la langue, qu'on dirait recouverte de chaux. Dès les premiers jours, ce signe a toute son intensité.

Les médecins de l'Inde ont attiré l'attention sur les troubles caractéristiques de la parole, mais Lewin n'a pu contrôler ce fait parce que ne sachant pas la langue, il n'a pu converser avec les malades.

Un autre phénomène caractéristique est le délire qui survient habituellement dans le cours du deuxième jour, et qui se distingue du délire des autres maladies fébriles par son caractère constant et systématique. Le pestiféré qui, sous l'influence du délire, a une impulsion a constamment en tête le même projet délirant.

L'hypérémie de la conjonctive signalée par les anciens auteurs se montre au début du deuxième jour sous forme de deux taches rouges des deux côtés de la cornée. Il y a en même temps de l'hypersécrétion de la cornée, mais séreuse sans purulence.

Dans l'épidémie observée par l'auteur, les furoncles et les pétéchies ont été très rares. Il n'en a plus été de même des bubons qui sont très précoces. Ces bubons, qui se dessinent au début du deuxième jour, s'accompagnent habituellement d'un œdème inflammatoire très sensible de la gangue conjonctive du ganglion. Cet œdème inflammatoire peut atteindre le tissu conjonctif de la loge parotidienne et donner lieu à une périparotidite qui est une détermination des plus dangereuses de la peste. L'œdème s'étend rapidement, envahit la région sous-maxillaire, les parties latérales du cou, la région sublinguale et le tissu conjonctif qui entoure le larynx et la trachée. A ce moment il survient de l'œdème de la glotte qui cause la mort des malades par l'asphyxie.

Quant à la forme pulmonaire de la peste, très commune dans l'épidémie actuelle aux Indes, la pneumonie primitive de la peste rappelle, à un haut degré, la pneumonie de l'influenza : début brusque, élévation rapide de la température, expectoration rare, blanchâtre, douleurs thoraciques, douleurs musculaires des membres, enfin adynamie. L'auscultation donne des signes de bronchite diffuse avec des râles crépitants fins. Si dans ces conditions le malade guérit, ce qui est rare, on aurait de la peine à croire à un cas de peste, n'était le diagnostic vérifié par l'examen bactériologique des crachats. La pneumonie secondaire n'offre pas d'intérêt, car elle est dominée par les phénomènes généraux graves.

Jusqu'à présent, on ne s'explique guère la production des sphacèles cutanés qui se produisent pendant la convalescence et peuvent atteindre les dimensions de la paume de la main. La cicatrisation se fait très lentement et laisse des cicatrices blanches qui tranchent sur la couleur foncée de la peau des indigènes.

A l'époque d'une grande épidémie de peste, on voit survenir diverses affections légères que l'on attribue à la peste plutôt par instinct que par suite des données bactériologiques, ce sont certainement des cas bénins de peste (formes frustes). L'existense d'une forme ambulatoire de la peste a une grande importance, car elle débute insidieusement, permettant au malade d'aller et venir, mais recélant le grave danger de la dissémination du fléau.

Cette forme, mise en doute par de nombreux observateurs, est admise comme certaine par l'auteur.

L. J.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 novembre 1898. — Présidence de M. Jaccoud.

La correspondance comprendra un pli cacheté adressé par le Dr Barbe sur le *Traitement de la lèpre* (Accepté).

Résection annulaire de l'estomac. — M. Charles Périer.

J'ai l'honneur de vous présenter une femme de 53 ans à qui j'ai enlevé, il y aura juste un an dans trois jours, toute la partie moyenne de l'estomac et le centre du mésocolon transverse, pour un néoplasme qui avait à peu près la largeur de la paume de la main. Après cette excision annulaire, les deux culs-de-sac se trouvaient entièrement séparés l'un de l'autre, je les ai réunis directement par un double plan de sutures, consolidées extérieurement par un adossement de l'épiploon. Je n'insiste pas sur les détails de l'observation qui a été publiée dans la thèse récente du Dr Urbain Guinard, ancien interne de notre collègue le professeur Terrier.

Les opérations de ce genre sont entrées maintenant dans la pratique courante, aussi ne vous aurais-je pas entretenus de cette malade s'il n'y avait pas, suivant moi, intérêt à faire voir à ceux qui ne sont pas encore convaincus combien est justifiée l'intervention de la chirurgie contre les lésions de l'estomac.

Vous pouvez constater le bon état de santé de la malade et lui entendre dire combien elle est heureuse du changement. Elle pesait 42 kilogrammes au moment de l'opération. Aujourd'hui elle en pèse plus de 55 et dans ce dernier mois l'augmentation a été d'un kilogramme. Enfin il est impossible de sentir la moindre tumeur dans l'abdomen. L'appétit est très bon, les repas sont réguliers, les digestions faciles, lait au réveil, potage à dix heures, déjeuner et dîner composés d'un plat de viande et d'un plat de légumes. La constipation est soigneusement évitée par la cascarine et les lavements chaque jour. Le résultat est donc des plus favorables, mais dans ce succès, il entre un facteur auquel j'attache une importance des plus sérieuses et sur lequel j'ai le devoir d'appeler votre attention.

Chez un malade atteint de néoplasme des voies digestives supérieures, on s'attendrait à trouver toujours l'intestin plus ou moins vide; si c'est en effet la règle pour l'intestin grêle, il en est tout autrement pour le gros intestin. Il est souvent bondé de matières, surtout après le régime lacté, où il se fait de grands amas de caséum non digéré. Ces amas peuvent, par leur présence, rendre funestes les suites de l'opération la mieux conduite.

Chez l'opérée que je vous présente, le colon était distendu outre mesure par des matières qu'à l'aide de manœuvres de pression nous avons pu, mon assistant le Dr Rochard et moi, faire glisser jusqu'à l'S iliaque et refouler aussi bas que possible vers le rectum. C'est après trois jours et, grâce à des lavements répétés, à de nombreux suppositoires, que nous avons obtenu une grande débâcle. Or, jusqu'à la débâcle, l'état de l'opérée était des plus précaires. Mais, brusquement, après la débâcle, survint une amélioration grandissante et ininterrompue jusqu'à guérison complète. J'appelle très sérieusement l'attention sur ce point, car, par comparaison, je me crois en droit d'attribuer à la rétention d'un pareil amas de matières l'insuccès d'une gastro-entérostomie que j'avais conduite sans autre incident, et qui devait certainement avoir une issue favorable si le contenu du gros intestin avait pu être évacué à temps.

Je crois donc qu'il est de règle de pratiquer le refoulement des matières intestinales au cours des laparotomies, quand leur accumulation fait craindre une évacuation sinon impossible, du moins difficile et dangereuse.

Rapports. — M. Pouchet lit le rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Orfila.

M. Rendu lit son rapport sur les épidémies observées pendant l'année 1897.

M. Kelsin lit le rapport sur les travaux envoyés pour le concours du prix Godard.

Appendicite. — M. Le Dentu. Il y a quinze mois, j'avais opéré en ville, au quatrième jour des accidents, un enfant de 7 à 8 ans, chez lequel j'avais trouvé dans la fosse iliaque un abcès assez volumineux. Deux jours après, le malade poussait des cris hydrencéphaliques, il tomba dans le collapsus et mourut. Je pensai à une méningite infectieuse secondaire.

En ce qui concerne l'ictère, je ne l'ai guère observé dans les cas aigus d'appendicite, mais ce que j'ai vu nettement, c'est un ictère assez prononcé dans des cas d'appendicite chronique. M. Le Dentu en cite deux exemples.

Il y a là une question d'interprétation intéressante à trancher, M. Le Dentu ne fait que la poser.

M. Dieulafoy a émis cet aphorisme : « On ne doit pas mourir d'appendicite. » Cela sera peut-être vrai dans l'avenir, mais nous sommes encore obligés de compter avec les habitudes prises, d'attendre que l'appendicite ait pris une certaine tournure; puis il y a des cas avec lesquels il faut compter. J'ai présenté ici l'appendice d'un garçon chez lequel, malgré l'absence de symptomes graves, l'appendice s'était pris de gangrène en masse; malgré tout, ce garçon a succombé trois mois après l'opération. Même si tout le monde était pénétré de la nécessité d'opérer immédiatement, il faudrait encore penser aux cas insidieux.

Traitement des anévrysmes par les injections sous-cutanées de gélatine. — M. Huchard. A la suite de la communication de M. Lancereaux, j'ai signalé deux cas malheureux, montrant les dangers de la méthode des injections sous-cutanées de sérum gélatineux.

Dans le traitement des anévrysmes, M. Huchard soumet les malades au régime lacté presque absolu et ne leur laisse prendre ni viande, ni poisson de mer. Il faut mettre le malade à la diète des toxines alimentaires, diminuer la pression cardiaque, favoriser la diurèse, ce qui aide certainement l'influence des injections gélatineuses, ou tout au moins ne l'entrave pas.

M. Laborde. Si chez un animal on injecte dans le péritoine 2 grammes de gélatine, quelques heures après, on reprend le liquide injecté et on y retrouve 1 gr. 90 de gélatine solidifiée et cela non par hasard, mais d'une façon régulière. Ainsi la gélatine ne s'absorbe pas en quelques heures. La gélatine s'absorbe, il est vrai, au bout de vingt-quatre heures, mais alors elle a été modifiée; elle n'est plus coagulatrice. La gélatine, comme coagulatrice, agit par son acidité; les gélatines dépouillées de leur acidité ne coagulent plus. Si l'on veut fonder quelque chose sur cette méthode thérapeutique, il faut donc mettre la gélatine directement au contact du sang.

A 4 heures 45, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 novembre 1898. — Présidence de M. Sevestre.

Scorbut infantile. — M. Comby communique une observation de scorbut infantile comparable à celle apportée par M. Netter dans la dernière séance. Elle est relative à un bébé

de treize mois, soigné depuis huit ou dix jours pour un prétendu rhumatisme articulaire aigu sous lequel se dissimulait un cas typique de maladie de Barlow. Cet enfant était nourri au lait stérilisé à une haute température puis décaséiné. Il en prenait jusqu'à un litre et demi par jour et, pendant longtemps, il avait prospéré avec ce régime. La prescription de lait simplement bouilli, et de quelques cuillerées à café de jus d'orange et de purée de pommes de terre, amena rapidement la guérison de la maladie, excessivement rare en France, parce qu'on n'y connaît guère que le lait pour les nourrissons, très fréquente relativement en Amérique et en Angleterre, parce qu'on y abuse des spécialités dites alimentaires dans l'élevage des nourrissons.

M. Variot. Le lait stérilisé, industriellement et méthodiquement employé, a une action heureuse sur l'atrophie infantile. En outre, il convient de n'accepter que sous réserves le reproche qu'on a adressé à ce lait de déterminer parfois le scorbut infantile.

Angine pseudo-membraneuse à bacilles courts et à streptocoques. — MM. Barbier et Tollemer apportent une observation caractérisée par la présence du bacille diphtérique court dans les voies aériennes et celle du bacille diphtérique long dans la protubérance. Les inoculations démontrèrent la faible virulence du premier et la grande virulence du second. A l'autopsie, on trouva dans tous les organes les signes d'une infection aiguë (à streptocoques).

Granulie normale des reins. — MM. Chauffard et Castaigne présentent l'observation clinique et les pièces anatomiques d'un malade qui a succombé à une forme rare de granulie rénale. Il s'agit d'un alcoolique, peut-être ancien saturnin, suspect de lésions tuberculeuses de vieille date, mais qui paraissaient immobilisées et sans tendance à la généralisation. De mai 1897 à avril 1898, déchéance progressive, amaigrissement, perte des forces, albuminurie avec œdèmes mais sans symptômes d'insuffisance rénale. L'épreuve du bleu de méthylène, pratiquée le 16 avril 1898 et qui était, ainsi que tout le syndrome urinaire, en faveur d'une néphrite atrophique lente, contraste avec l'absence des signes corrélatifs cardio-artériels. Enfin, d'avril à octobre 1898, insuffisance rénale progressive à forme gastro-intestinale, et mort par urémie confirmée.

Il y avait dans cette histoire clinique des anomalies difficiles à expliquer : les signes cardio-artériels forment un élément si constant du tableau morbide que leur absence infirme presque le diagnostic de néphrite atrophique lente ; malgré tout, le syndrome urinaire était tellement net que nul autre diagnostic n'était possible.

L'autopsie nous révéla des lésions tout à fait particulières des deux reins. Très volumineux (le droit pesait 450 gr., et le gauche 440 gr.), ils se laissaient très facilement décortiquer. La substance corticale est constituée en totalité par un semis confluent de granulations que l'examen histologique a montré pour avoir la structure typique des tubercules embryonnaires et déjà fibro-caséeux. Ces granulations semblent s'être développées autour des glomérules qui ont été assez rapidement étouffés par l'envahissement progressif des lésions tuberculeuses, ce qui explique l'apparition relativement rapide des signes d'insuffisance rénale. Mais, d'autre part, cette même rapidité de l'évolution morbide explique peut-être la non participation du système cardio-artériel au processus morbide.

En tous cas, bien spéciale au point de vue clinique par les symptômes d'urémie lente sans signes cardio-vasculaires; bien particulière au point de vue anatomique par l'évolution péri-glomérulaire des tubercules et la localisation lésionnelle exclusivement limitée à la substance corticale, notre observation de granulie rénale nous semble tout à fait exceptionnelle et nous n'avons retrouvé aucun autre exemple publié en France d'un pareil complexus, à la fois symptomatique et lésionnel.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 novembre 1898. — Présidence de M. Berger.

Traitement du goitre exophtalmique. — M. Schwartz. J'ai eu deux cas à opérer de résection bilatérale du grand sympathique. Une de mes opérations date de 13 mois et a trait à une jeune fille de 23 ans. Il y avait 6 ans que son exophtalmie avait débuté, et les phénomènes devinrent de plus en plus graves : tachycardie et goître bilatéral, accompagnés de troubles généraux, anorexie, vomissement incoercibles, etc. La résection bilatérale du grand sympathique fut faite le 26 octobre 1897 avec la plus grande facilité. La guérison opératoire fut rapide.

Le soir même de l'intervention les deux yeux peuvent se fermer. Peu de chose du côté de la tachycardie au début qui s'améliore et de 150 pulsations tombe à 112. Le goitre n'a pas diminué et il n'y a pas eu d'atrophie. Les symptômes généraux ont absolument disparu, et de ce côté l'amélioration est très remarquable.

Ma seconde opération date de 9 mois. Une malade présentait un goitre volumineux et une tachycardie intense et surtout des crises nocturnes d'angine de poitrine. J'eus de très grandes difficultés à faire la résection bilatérale des deux sympathiques. Le goître était frémissant avec thrill constant. Le grand sympathique était plongé au milieu d'un tissu infiltré spongieux, érectile et très difficile à isoler. L'opération a duré une heure du côté droit et je remis la seconde section à une autre séance. Le soir même, il y eut hémi-rougeur de la face, diminution de l'exophtalmie et du goître à droite. Le cœur n'eut aucune modification.

Je fis, au bout d'un mois, la résection du côté gauche ; je trouvai les mêmes difficultés et le grand sympathique était divisé en quatre ou cinq filets ; il me fallut une heure pour les disséquer. Dès la nuit même les phénomènes d'angine de poitrine disparaissaient et la malade n'en eut plus. Les yeux, le goître s'améliorèrent et deux mois après cette femme était tellement améliorée, qu'on pouvait la considérer comme guérie.

Procédé nouveau pour l'extraction des corps étrangers des fosses nasales chez l'enfant. — M. Félizet. Dans mes notes de consultations j'ai eu plus de 60 cas de corps étrangers des fosses nasales. Les difficultés de l'extraction sont parfois grandes. Voici le petit procédé que j'emploie. Je donne une douche lente et douce pour commencer dans la narine du côté opposé et j'augmente progressivement la pression en élevant le vase injecteur.

Emploi du sérum antitétanique par injections intracérébrales dans un cas de tétanos cofirmé. — M. Hue (Alphonse) lit une observation d'un malade qui, à la suite d'une plaie de la main, fut atteint de tétanos et auquel des

injections desérum antitoxique n'amenèrent aucun résultat.

M. Quénu. J'ai eu deux fois l'occasion de faire ces injections antitoxiques. Dans les deux cas la mort ne put être évitée.

M. Lucas Championnière. Les faits très favorables chez les animaux n'ont peut-être pas le même résultat chez l'homme.

Chez une femme atteinte de tétanos à la suite d'une fixation de l'utérus, on fit une injection par trépanation au bout de 24 heures. L'injection n'eut aucun résuftat et la malade mourut au bout de 48 heures.

Un autre cas de tétanos datait déjà de 8 jours. Le malade guérit à la suite d'une injection antitétanique. Mais c'était un tétanos chronique, datant déjà de 8 jours. Il est donc difficile d'attribuer le succès à l'injection.

De ces observations,on peut conclure seulement à l'innocuité de l'injection intra-cérébrale.

M. Reclus. Un cas de tétanos traité par une injection intracérébrale, moins de 24 heures après le début, est cependant mort au bout de 12 heures. Je publierai plus tard l'observation.

M. Chaput. Un malade atteint de tétanos datant de 24 heures, suite de plaie du poignet, fut injecté 5 heures après le début. Le lendemain, l'amélioration paraissait notable, mais il mourut cependant au bout de 36 heures.

M. Richelot. Une malade prise de tétanos 15 jours après une laparotomie fût immédiatement injectée et mourut cependant au bout de 12 heures.

M. Hartmann. — Dans un cas de tétanos, sous mes yeux, la mort survint malgré l'injection.

M. Peyrot. Un de mes malades entre avec des symptômes que je ne pris pas pour être ceux du tétanos le plus grave; cependant la température n'était pas trop élevée. On fit venir M. Morel qui nous dit que ce n'était pas du tétanos parce que la raideur n'était pas invincible. C'était de la méningite cérébro-spinale qui guérit et je pense que beaucoup de tétanos guéris ont été des méningite cérébro-spinales.

M. Poirier. Le diagnostic du tétanos n'est pas aussi facile qu'on se plaît souvent à le dire et je me range absolument à l'avis de M. Peyrot.

Corps étrangers des voies aériennes. — M. Hue (Alphonse). Il s'agit d'un enfant qui fit pénétrer dans la bronche gauche un petit sifflet en bois. Une trachéotomie sous le chloroforme, permit d'enlever le corps étranger avec une pince.

Un cas d'actinomycose. — Présentation du malade par M. Thiéry.

F. Verchère.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 novembre 1898. — Présidence de M. Jullien.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4 par la lecture du procès-verbal qui est lu et adopté.

A l'occasion du procès-verbal,

M. Pierre Vigier. Il est évident que l'emploi du sirop de mou de veau n'a aucun rapport avec celui qu'a proposé M. Grasset. Dans le sirop, le poumon a subi une longue décoction, et, si l'on n'y avait pas joint des dattes, des jujubes, de la réglisse, etc., les médecins se seraient vite aperçu que c'était un médicamment sans valeur. Ce qui a contribué le plus à les laisser dans l'erreur, et à faire durer presque jusqu'à nos jours la vogue de ce sirop, c'est l'addition d'un peu d'extrait d'opium ou de chlorhydrate de morphine qu'ont faite des pharmaciens, afin d'en faire une spécialité pharmaceutique active. J'en pourrais dire autant des sirops de limaçon, et de bien d'autres qui existent dans le commerce ; mais, malgré le désir que j'aurais de vous éclairer, il n'entre pas dans mon caractère de nuire à qui que ce soit, et de critiquer les produits de mes confrères.

J'ai, pour la quatrième fois, l'honneur de faire partie de la commission du Codex, et je fais tous mes efforts pour n'insérer dans ce recueil que des formules éprouvées et rationnelles. Aujourd'hui que l'on étudie l'effet d'un seul agent médicamenteux à la fois, je ne saurais trop vous recommander de ne pas prendre pour cela une spécialité pharmaceutique, parce que le spécialiste n'a qu'un but, c'est de vendre son produit le plus possible ; et, pour que son emploi soit le plus étendu, et qu'il puisse s'adresser à un plus grand nombre de malades, il lui ajoute secrètement d'autres médicaments énergiques. En réfléchissant un peu, il vous sera facile de trouver des exemples, dans le passé et dans le temps présent. Vous ne pouvez être certains de l'effet d'un médicament dans un cas donné, que lorsque vous l'avez formulé uniquement vous-même. Combien de préparations pharmaceutiques n'ont acquis de la célébrité que par leur absence de sincérité ? Ainsi, pour ne citer qu'un exemple, que voyons-nous parmi les nombreuses préparations vantées contre le rhume ordinaire ? Ce sont, la plupart du temps, des mélanges d'agents antiphlogistiques et résineux ou balsamiques, simplement pour qu'ils puissent être employés à toutes les périodes du rhume, et, par conséquent, être d'un grand débit. Cependant, rien n'est moins scientifique. Au commencement d'un rhume on doit prescrire l'opium, la jusquiame, l'aconit, l'ipéca, le kermès, etc., sans compter les révulsifs ; tandis qu'à la période d'expectoration, c'est le tour du goudron, du tolu, du benjoin, de la créosote, etc. Un grand nombre de préparations n'ont été insérées au Codex que sous la pression de la vogue dont elles jouissaient comme spécialités pharmaceutiques, tels sont les sirops dont je parlais tout à l'heure. Mais le public s'est aperçu bien vite de leur ineffieacité, et ils sont presque tous aujourd'hui tombés en désuétude.

M. Roubinovich, vivement intéressé par la communication de M. Vigier, demande si la Société ne pourrait pas le prier de faire un rapport sur la composition étrange de certains médicaments spécialisés : ce serait un grand service à rendre au corps médical.

M. P. Vigier répond que, tout en reconnaissant que le vœu émis par M. Roubinovitch est parfaitement juste, il ne peut faire de personnalités. Or, un tel rapport, en citant les noms, serait presque un réquisitoire et entraînerait une véritable hécatombe de produits qui, s'ils ne font ni bien ni mal, rapportent de fort beaux revenus. Or, on ne vous pardonne jamais de toucher à ces choses-là. Il cite, par exemple, le cas d'un sirop calmant très connu et très ancien, dans lequel il entre de la morphine. L'auteur a gratifié la Ville de Paris d'une somme de 50.000 fr. à condition qu'après sa mort, sa famille serait autorisée à continuer la vente du produit. M. de Rambuteau, alors Préfet de la Seine, crut devoir accepter ce beau présent et donna l'autorisa-

tion demandée. Quelques jours après la mort dudit pharmacien, ses ayant droits vendaient le produit autorisé 300.000 francs, bénéfice net 250.000 francs. Toutefois ce n'est pas à dire qu'il n'y ait quelques bonnes spécialités ; mais il est de toute nécessité de choisir et de savoir démasquer les fraudes.

La parole est au secrétaire général pour la lecture de la correspondance ; celle-ci comprend.

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels ; brochure de M le Dr Guiter, de Cannes, sur la *Prophylaxie de la tuberculose* ; *Bulletin de la Société médicale de l'Yonne* 1897 ; compte rendu du Congrès des Sociétés savantes; Centre médical pharmaceutique.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. Pintard-Desallées, membre correspondant national, accompagnant l'envoi d'un travail manuscrit sur la *Symphyséotomie*, — M. Doléris est désigné pour étudier ce travail et en donner la relation à la Société. 2° Lettre de M. de Ranse, membre titulaire, demandant l'honorariat. — Pour cette candidature, la Société nomme une Commission composée de MM. Roubinovitch, Brunet et Ladreit de Lacharrière, rapporteur. 3° Lettre de M. le Dr Giorgio Nicolich, de Trieste, posant sa candidature comme membre correspondant étranger, — La Société nomme une Commission composée de MM. Dubuc, Desnos et Guépin, rapporteur. 4° Lettre de M. le Dr Roulland, de Niort, posant sa candidature comme membre correspondant national. — La Commission a été nommée dans la séance précédente.

M. Desnos lit son rapport sur les travaux et les titres de M. le Dr Coudray, candidat au titulariat.

Rapport sur la candidature de M. Paul Coudray, par E. Desnos. — M. Coudray nous a envoyé comme travail de candidature une petite mais intéressante étude sur l'application de la méthode sclérogène de Lannelongue à la cure des hernies. Sans pouvoir encore baser son opinion sur un grand nombre d'observations — car notre confrère ne nous en apporte que deux — il estime que les faits déjà connus (Lannelongue, Demars, Nimier) sont encourageants et qu'ils sont de nature à engager les praticiens à faire, tout au moins chez les enfants, l'essai de cette méthode simple et sans aucune gravité. Pas plus que M. Coudray nous ne voudrions juger les indications et les résultats d'une pratique encore bien peu connue et nous nous bornons à exprimer le vœu que notre confrère nous apporte plus tard le fruit de ses réflexions sur ce point très important, puisque l'adoption de la méthode dont il s'agit tendrait à la suppression de la cure radicale sanglante pour un très grand nombre de cas.

L'énumération des travaux antérieurs de notre confrère est assez longue, aussi ne ferai-je que signaler ses études de jeunesse : communications à la Société anatomique, sa collaboration au *Journal des Connaissances médicales* de 1882 à 1885, dans lequel M. Coudray a publié des revues chirurgicales et des cliniques de son maître le professeur Trélat, dans le service duquel il fut attaché comme chef de clinique adjoint.

Les travaux de notre confrère sur lesquels je dois attirer votre attention peuvent être divisés en trois groupes : 1° tuberculose chirurgicale ; 2° orthopédie et chirurgie infantile ; 3° chirurgie générale.

A. **Tuberculose chirurgicale.** Dans sa thèse parue en 1884 et intitulé : *Sur les conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose.* M. Coudray, se basant sur un grand nombre d'observations, étudie, suivant leur siège, diverses manifestations tuberculeuses surtout articulaires, et donne une large place au grattage en général et aux résections pour les articulations; les cas qu'il vise sont relatifs à des adultes.

En 1891, notre confrère publie diverses études relatives à la tuberculose :

1° Un travail sur l'*ignipuncture* dans le traitement de la tuberculose articulaire, étude présentée à la Société médicale du VIIe arrondissement et publiée dans la *France médicale*. Un peu délaissée depuis Richet, cette méthode est susceptible, comme le montrent les observations de M. Coudray, de donner des résultats satisfaisants dans les tuberculoses encore peu avancées, en particulier au genou et au cou-de-pied.

2° Une note sur l'*arthrotomie et la résection intra-épiphysaire du genou sur les enfants*, présentée au Congrès de chirurgie. Dans cette note très documentée, M. Coudray montre que ces opérations réservées aux cas graves de la tuberculose du genou, fournissent des résultats assez bons parfois ; mais, pour le dire de suite, notre confrère a, depuis sa pratique de la méthode sclérogène, renoncé chez les enfants aux opérations, typiques soit de résection même intra-épiphysaire, soit d'arthrectomie totale, c'est-à-dire d'extirpation complète de la synoviale, ayant reconnu d'ailleurs par une plus longue expérience que ces opérations sont ordinairement suivies de mauvais résultats fonctionnels.

3° En 1894 notre confrère communique au Congrès de la tuberculose et au Congrès de Marseille ses premiers résultats relatifs à la méthode sclérogène de son maître le professeur Lannelongue dont il fut longtemps l'assistant à l'hopital Trousseau.

En 1892 et en 1893, nouveaux faits communiqués au Congrès de chirurgie et dans diverses thèses. Toutes les observations, au nombre de plus d'une centaine, ayant subi l'épreuve du temps, ont été présentées au Congrès de chirurgie de 1897 et colligées dans un mémoire paru dans les *Archives de médecine* en avril 1898. Dans ce mémoire, Coudray, qui, dans un travail publié en 1893 dans le *Bulletin médical*, avait déjà posé quelques contre-indications à la méthode sclérogène (hanche, colonne vertébrale, doigts), déclare rester partisan de la méthode pour les grandes articulations, le genou en particulier, surtout dans les premières périodes du mal. Ses observations montrent des cas d'ostéo-arthrites rapidement guéries par les injections seules de chlorure de zinc. Dans les cas suppurés, il ne faut plus espérer guérir par ce moyen seul, mais dans certains cas très remarquables, les injections ont décélé les foyers et, faisant pour ainsi dire la part du feu, ont permis la guérison par de simples grattages et évidements, alors que la gravité apparente des lésions devait faire craindre des sacrifices étendus et même des amputations.

Notre confrère ne s'est pas borné à la thérapeutique des tuberculoses chirurgicales. Ses nombreuses observations l'ont amené à d'intéressantes remarques sur le siège le plus habituel des lésions dans les diverses articulations et surtout à décrire une forme de synovite tuberculeuse non encore signalée dans notre pays.

En effet, notre confrère a présenté au Congrès de chirurgie de 1892 un travail très important intitulé : *Sur une variété souvent méconnue de corps étrangers articulaires*

relevant de la synovite tuberculeuse. Au cours d'une intervention intra-articulaire dans un cas de tuberculose suppurée du genou, M. Coudray trouva à la partie interne de la synoviale un corps allongé, ovoïde, assez dur, adhérant à la synoviale : l'examen histologique montra dans ce corps l'existences de tubercules caractérisés.

Le diagnostic clinique n'avait pas été fait. Sur d'autres malades atteints d'arthrites tuberculeuses avec lésions osseuses, notre confrère a trouvé les mêmes corps, plus ou moins allongés, siégeant le plus souvent sur les côtés du cul-de-sac sous-tricipital, parfois à la partie supérieure.

Dans quelques cas, ces corps étrangers plus ou moins mobiles, existent sans lésions osseuses. Leur gros volume est un caractère diagnostique important; en pareil cas la synoviale est en même temps plus ou moins épaissie et il existe parfois de l'épanchement.

Cette forme relativement rare de synovite tuberculeuse est souvent confondue avec des corps étrangers simples ; on extirpe le ou les corps étrangers et on s'étonne que l'affection ne soit pas guérie et que plus tard elle s'aggrave.

Nous devons signaler encore deux travaux de M. Coudray, relatifs à la tuberculose chirurgicale ; l'un a trait au traitement de la coxalgie, l'autre au spina ventosa.

Le premier intitulé : *Sur les diverses méthodes de traitement de la coxo-tuberculose* (*Bulletin Médical*, 8 juillet 1894) est une discussion très documentée, un parallèle entre les principales méthodes employées contre cette grave affection, en particulier entre l'immobilisation pure et simple dans des appareils inamovibles et l'extension continue. Ce travail a servi de cadre à la thèse de M. A. Billet (1894) qui renferme les documents invoqués par M. Coudray à l'appui de ses conclusions, observations précieuses par leur nombre, leurs détails, leur ancienneté et qui sont dues à la pratique du professeur Lannelongue et de notre confrère.

Il résulte de ces observations : 1° que l'extension continue est la méthode de choix dans la coxalgie; 2° qu'appliquée au début et dans les premiers mois de l'affection, elle fournit fréquemment des guérisons intégrales. L'extension continue est très simplement réalisée par un appareil connu sous le nom de planche ou lit de Lannelongue et entré aujourd'hui dans la pratique courante. M Coudray a ajouté à cet appareil, il y a une dizaine d'années, une petite planchette destinée à permettre la correction des rotations interne ou externe, disposition qui trouve son application dans certains cas où les mouvements sont très peu étendus (Thèse de Billet).

Le second travail : *Tuberculose des doigts et de la main*, paru dans la *Médecine infantile* en 1897, est une étude assez complète de cette petite mais curieuse affection qu'est le spina ventosa des petits enfants. Au point de vue du traitement, M. Coudray montre les effets ordinairement heureux de l'immobilisation et de la compression avec les bandelettes de Vigo dans périodes initiales. Lorsque les lésions sont suppurées, le grattage et l'évidement osseux amènent la guérison Mais en pareil cas il faut compter sur l'ankylose des phalanges et sur un raccourcissement des doigts avec des déviations variées et plus ou moins accentuées sur lesquelles le professeur Lannelongue a attiré l'attention, il y a quelques années.

B. **Travaux relatifs à l'orthopédie.** — 1° *Luxation congénitale de la hanche.* — Dans ses diverses communications sur cet important sujet qui reste à l'ordre du jour, M. Coudray s'est constamment montré hostile aux interventions sanglantes. Partisan d'abord de la méthode de réduction ou d'abaissement de Paci, qui n'est en somme que la méthode de réduction des luxations traumatiques de la hanche, réglée, codifiée, avec des mouvements lents et méthodiques dans lesquels dominent la flexion et l'abduction avec rotation en dehors, notre confrère dit au Congrès de chirurgie de 1892, avoir ajouté dans un cas, à cette méthode, les injections sclérogènes de Lannelongue et il attribue une certaine importance à ce dernier moyen dans le résultat obtenu, résultat satisfaisant qui fut soumis à l'examen des membres du Congrès en 1893. L'enfant marchait depuis plus d'un an.

Au Congrès de pédiatrie de Bordeaux, en 1895, M. Coudray reproche à l'opération sanglante d'une part sa gravité opératoire attestée par un certain nombre de morts et de suppuration plus ou moins graves et d'autre part l'incertitude des résultats orthopédiques.

De fait, depuis cette époque, la tendance opératoire s'est considérablement atténuée, surtout depuis que Lorenz, renonçant pour une catégorie de cas très nombreux à l'opération sanglante dont il avait été l'un des plus chauds partisans, a préconisé une méthode de réduction non sanglante qui présente une certaine analogie, en tant que manœuvres, avec celle de Paci, mais qui en diffère complètement pour la suite du traitement. En effet, au lieu de maintenir au lit pendant de longs mois les malades avec l'extension continue, comme le fait Paci, Lorenz place le membre en forte abduction, l'y maintient à l'aide d'un appareil plâtré et permet très vite la marche. M. Coudray trouve à ce procédé de nombreux avantages qu'il a exposés dans un travail présenté à la Société médicale du IX° arrondissement en 1896.

2° *Flexion congénitale du petit doigt.* — Das ce travail présenté au Congrès de pédiatrie de Bordeaux en 1895, notre confrère a émis, au point de vue pathogénique, l'opinion que cette singulière affection ne relève ni d'une brièveté cutanée, ni d'une altération musculaire, mais d'une malformation articulaire primitive, d'une sorte de subluxation, non sans analogie avec la luxation congénitale de la hanche.

3° Signalons rapidement une revue publiée dans la *Médecine Infantile* en 1897 et dans laquelle notre confrère, examinant la question, très passionnante à l'époque, du *redressement du mal de Pott*, admet cette pratique pour les cas relativement récents ; il recommande de faire la réduction par la simple traction en quelque sorte, sans exercer de pressions directes et violents sur la gibbosité. Conformément à cette opinion, M. Coudray nous fait savoir que, dans un cas inédit, il a ainsi réduit une petite gibbosité cervicale inférieure datant de quelques mois avec une simple traction de 70 kilos, avec l'appareil et l'assistance de M. Mathieu, chez un jeune enfant. Bien entendu, en cas de soupçon d'abcès, il faut être très réservé dans le redressement de la gibbosité même peu ancienne.

4° Un travail relatif à une *synostose ancienne de l'extrémité inférieure* des deux os de l'avant-bras, révélée par les rayons X et publiée dans la *Médecine moderne* en 1898, avec discussion sur l'origine de cette lésion, probablement une fracture de l'extrémité supérieure du radius dans la première enfance.

5° *Une étude anatomique et clinique* très complète sur la fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus chez l'enfant. A l'aide de plusieurs radiographies publiées par le *Journal des rayons X* (mai 1898), M. Coudray montre que le trait de fracture passe en avant au niveau du cartilage du condyle (décollement épiphysaire) et en arrière beaucoup plus haut, détachant un fragment important de l'humérus.

C. **Chirurgie générale.** — Ici le chapitre sera court, notre confrère s'étant depuis longtemps adonné à l'étude presque exclusive de la chirurgie infantile dans laquelle la tuberculose tient une si grande place, ainsi que l'orthopédie.

Toutefois, nous tenons à signaler dans cette catégorie deux travaux, non sans importance. L'un d'eux est relatif à l'application des *injections sclérogènes au traitement des tumeurs malignes*. M. Coudray a présenté en 1897, à la Société médicale du IX^e^ arrondissement, une malade qui avait présenté tous les signes du squirrhe classique et à laquelle, après refus d'opération sanglante, il avait fait à trois reprises autour de la tumeur mammaire des injections de chlorure de zinc. Au bout de six ans la tumeur, sans avoir complètement disparu, restait avec un volume très minime; et la malade conservait une excellente santé. Notre confrère a publié différents autres faits, de moindre signification, dans la *Revue des maladies cancéreuses*, 2^e^ Fascicule, 3^e^ année. Avec M. Coudray nous pensons qu'il faut de nouveaux faits, tout en insistant sur la grande importance que peut avoir la question.

Le second travail publié dans le *Journal des Connaissances Médicales* du 18 janvier 1894 a pour titre: *Kyste biliaire du foie*. Dans un cas présentant la physionomie d'un kyste hydatique du foie, M. Coudray, après laparotomie, trouva par ponction un liquide hématique. L'incision de la couche superficielle du foie conduisit dans une énorme cavité, sans membrane kystique, cavité creusée dans le foie et renfermant, outre le liquide hématique, de petits corps semblables à des caillots, mais qui à l'examen histologique se montrèrent constitués par les éléments du foie lui-même, avec des cellules en dégénérescence graisseuse. De cet examen et des recherches faites à ce sujet par M. Coudray, il résulte que ce cas devait se rapporter à un kyste biliaire, rare en ce sens que d'ordinaire les kystes de cet ordre sont en général beaucoup moins volumineux, disséminés dans le foie et ne sont guère trouvés que dans les autopsies.

Tels sont, Messieurs, les titres et travaux du nouveau candidat; j'estime que notre confrère Coudray sera une excellente recrue pour la société. Je vous proposerai donc, au nom de la Commission, de l'admettre comme Membre Titulaire.

Les conclusions favorables de ce rapport sont adoptées; le vote définttif aura lieu dans la prochatue séance.

M. Martha lit son rapport sur le travail de M. le D^r^ Roulland (de Niort), candidat au titre de membre correspondant national.

Traitement palliatif des cancers de l'utérus par le carbure de calcium, par le D^r^ Roulland (de Niort). — L'auteur, dans son très intéressant travail sur le cancer de l'utérus, commence par passer en revue les nombreux moyens que les chirurgiens ont employés à diverses époques dans cette redoutable affection; ou bien ils ont cherché à guérir la malade ou plutôt à la débarrasser provisoirement de son mal par une intervention curative, ou bien ils ont essayé de prolonger ses jours en les rendant moins pénibles par des moyens palliatifs. Nous n'insisterons pas sur le traitement curatif, ses indications, etc., que M. Roullaud expose avec une très grande clarté : « Il semble, dit l'auteur, qu'on doit, lorsque le mal est suffisamment limité, tenter de l'enlever, le plus promptement possible. Mais il n'en reste pas moins vrai que le *traitement palliatif* doit avoir une importance presque égale, puisque c'est à lui qu'on aboutira presque toujours, pour ne pas dire toujours. »

Le *traitement palliatif*, par le carbure de calcium, a pour but final d'atténuer les symptômes les plus pénibles de l'affection et en même temps de parer aux complications si fréquentes dans le cancer de l'utérus et qui menacent directement la vie de la malade Il peut donc avoir la prétention, lorsqu'il est bien institué, non pas d'être curatif, mais d'assurer à la malade une survie parfois presque plus plus longue qu'une intervention radicale, et la suppression des symptômes les plus alarmants, permettant à la malade de se soutenir, de conserver l'espérance d'une guérison, de ne plus souffrir, de n'être plus amenée trop rapidement à la cachexie la plus avancée par de continuelles hémorrhagies. Dans 18 cas traités par le D^r^ Roulland les résultats ont toujours été favorables.

Pour *faire une application de carbure de calcium*, on met la malade en position gynécologique, soit sur une table à spéculum soit en travers de son lit, les jambes bien relevées et maintenues par deux aides. Puis on procède au nettoyage de la vulve et du vagin. Il faut que cette opération soit faite minutieusement afin de débarrasser complètement le vagin de tous les débris de tumeur, de sang coagulé qui le souillent : on aura recours à une solution de permanganate de potasse à 1 p 2000 qui sera suivie d'une injection de sublimé à 1 p. 2000. On placera ensuite des valves afin de voir la lésion, valve antérieure, valve postérieure. Ensuite on pratiquera le desséchement du vagin, avec de petits tampons d'ouate hydrophile, jusque dans les culs-de-sac. Ce desséchement minutieux empêchera le dégagement trop rapide d'acétylène. Nous ne pouvons entrer dans cet aperçu forcément sommaire, dans les minutieux détails de technique qu'on trouvera très complètement décrits dans le travail de M. Roulland.

Avec une pince de Museux on prend un morceau de carbure de calcium de la grosseur appropriée à la lésion, d'ordinaire variant d'une noisette à une noix, et on le place directement en contact avec l'ulcération. A ce moment même, on voit un petit bouillonnement, et on sent l'odeur caractéristique de l'acétylène.

Dès que le carbure est placé, il ne reste plus qu'à tamponner serré la cavité vaginale de façon à la transformer en cavité close et à empêcher ainsi le gaz acétylène naissant de s'échapper au dehors : on se sert pour cela d'ouate hydrophile ; puis on retire doucement les deux valves. On voit combien ce procédé est simple. D'autant plus qu'aucune complication n'est à craindre, si toutes les précautions ont été prises.

Au bout de trois ou quatre jours on enlève le tamponnement et on fait un abondant lavage du vagin avec une solution de sublimé au millième. Les valves étant replacées, on voit que le col est incrusté de sable, oxyde de calcium, qu'on détache avec le doigt ; la néoplasie apparaît singu-

lièrement modifiée dans son étendue, sa profondeur et sa couleur. De plus, les malades ne sont plus souillées par le liquide rougeâtre infect et irritant ; les hémorrhagies sont arrêtées, les douleurs lombaires ont presque disparu.

Parfois les malades sont tellement améliorées par la première application qu'en trois séances toute trace d'ulcération disparaît ; ordinairement il faut une dizaine d'application. Les applications suivantes se font de la même manière.

M. Roulland étudie ensuite longuement les causes qui modifient l'évolution thérapeutique, formes différentes du néoplasme, siège du néoplasme, au moment où on applique le carbure ; il passe en revue avec grand soin les résultats obtenus contre l'hémorrhagie, la douleur et les pertes sanieuses ; l'hémorrhagie est arrêtée, la douleur est modifiée d'une façon remarquable, les pertes sanieuses sont moins abondantes, parfois disparaissent. Si elles persistent elles sont presque inodores, et n'ont plus le caractère irritant. Signalons l'amélioration des troubles digestifs et la suppression de l'insomnie.

M. Roulland étudie les résultats obtenus au point de vue physique, l'aspect de la muqueuse, l'ulcération, les urines qui contiennent de l'acétylène. etc.

Telle est rapidement exposée la méthode thérapeutique par le carbure de calcium, vous avez pu voir combien elle est facile, simple, exempte de dangers, et que les résultats sont satisfaisants.

J'ai dû, pour ne pas abuser de vos moments, indiquer simplement les grandes lignes de cet important travail que vous lirez tous, j'en suis persuadé, avec intérêt, et, comme la question est assez nouvelle, avec profit.

Je vous propose de recevoir M. le Dr Roulland, comme membre correspondant de notre Société. M. Roulland serait heureux d'en faire partie, et de notre côté nous compterions une bonne recrue de plus.

Les conclusions favorables de ce rapport sont mises aux voix et adoptées : le vote définitif aura lieu dans la prochaine séance,

M. Mouzon commence la lecture de sa communication sur les *Hémorrhagies intestinales hystériques*,

M. Julien ayant à présenter, de la part de M. Nicolich, des instruments qui doivent être renvoyés aujourd'hui même, prie M. Mouzon de vouloir bien se borner à la première partie de son travail. La lecture en sera terminée dans la prochaine séance.

M. Jullien donne la démonstration des instruments de M. Nicolich pour le traitement galvano-caustique de l'hypertrophie de la prostate.

La séance est levée à 5 h. 3/4.

Le secrétaire annuel, Mouzon.

NOUVELLES

Hôpital Saint-Louis. — M. le professeur Alfred Fournier reprendra le cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, à l'hôpital Saint-Louis, le vendredi 18 novembre 1893, à dix heures du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Le laboratoire municipal de bactériologie. — Dans la séance du 12 janvier 1895 de la Société de médecine de Paris, M. le Dr Pellier fait une communication sur deux cas de sérumthérapie antidiphtéritique suivie de guérison ; le premier, chez une fillette de 11 ans, le second chez la mère de cette enfant.

A la séance suivante du 26 janvier, M. Ladreit de Lacharrière rapproche des observations précédentes celles de trois jeunes garçons ; il appelle l'attention sur les difficultés que le praticien rencontre pour faire l'examen bactériologique et demande à la Société d'émettre le vœu qu'un service gratuit pour cet examen soit organisé à Paris.

Après une discussion à laquelle la plupart des membres prennent pas, le vœu est adopté. Des démarches sont faites de différents côtés, notamment auprès du conseil municipal dont le président, M. le Dr Dubois, s'est montré tout à fait favorable et a obtenu par ses arguments le vote en séance publique d'une somme de 10.000 francs pour le fonctionnement régulier d'un service d'examens.

M. le Dr Miquel a été chargé de surveiller l'établissement du nouveau laboratoire.

A la séance du 20 juillet 1895, M. Pellier, en l'absence du secrétaire général, annonce à la Société que le laboratoire fonctionne dans une des dépendances de l'Hôtel de ville. Depuis, de nombreuses demandes y ont été faites par les praticiens des divers quartiers de la capitale et l'utilité en a été promptement reconnue.

L'année suivante, le 27 juin, à la suite d'un travail de candidature de M. le Dr Bonnet à la Société de médecine sur le même sujet, M. Pellier communique ses réflexions à propos de trois observations où la guérison a été obtenue. Il conclut en disant que, dans cette médication, comme dans toute autre, il faut apporter le sens clinique ; que dans les trois cas, l'examen bactériologique a été conforme à l'aspect de la maladie et qu'il n'y a qu'à se louer du service du laboratoire que la Société a pris l'initiative de fonder.

Dans la suite, le service s'est étendu à l'examen des produits d'autres maladies, notamment de la tuberculose et a facilité, dans une large mesure, la pratique médicale de la ville et de la banlieue.

Nécrologie. — Le Dr Gruby, de Paris, vient de mourir à l'âge de 88 ans. D'origine hongroise, Gruby avait fait ses études médicales à Vienne, puis avait exercé la médecine dans cette ville et à Londres avant de se fixer définitivement à Paris. Ce confrère était d'une originalité excessive et cette originalité n'était sans doute pas la moindre des raisons auxquelles il devait une magnifique clientèle. — M. Leparquois, interne de l'infirmerie du lycée Louis-le-Grand, décédé subitement, rue Godot-de-Mauroi chez son ami le Dr Belin.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

OBÉSITÉ : Capsules de corps thyroïde Vigier. — *Dose* : 2 à 6 par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madam — *Téléphone*